

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

24 FEV 1944

Présentée et soutenue publiquement le..... 1944

Mahmoud ISSAD

Né le 12 décembre 1916 à Michelet

Commune mixte du Djurjura (Algérie)

Diplômé de médecine coloniale de l'Université de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

et de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

**de la tuberculose pulmonaire chronique au début
chez les travailleurs nord-africains en France**

(A propos de 21 cas)

Président : M. Jean TROISIER

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **ISSAD**

Prénoms : **Mahmoud**

Date de la soutenance:

Número d'ordre:

ISSAD (Mahmoud). —

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France. (A propos de 21 cas.) — *Paris, Librairie Arnette, 1944. in-8° r., 48 p., 1 h. t.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944, n°...*).

ISSAD (Mahmoud). —

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France. (A propos de 21 cas.) — *Paris, Librairie Arnette, 1944. in-8° r., 48 p., 1 h. t.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944, n°...*).

ISSAD (Mahmoud). —

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France. (A propos de 21 cas.) — *Paris, Librairie Arnette, 1944. in-8° r., 48 p., 1 h. t.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944, n°...*).

ISSAD (Mahmoud). —

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France. (A propos de 21 cas.) — *Paris, Librairie Arnette, 1944. in-8° r., 48 p., 1 h. t.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1944, 8° r., ... p.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement le 1944

Mahmoud ISSAD

Né le 12 décembre 1916 à Michelet

Commune mixte du Djurjura (Algérie)

Diplômé de médecine coloniale de l'Université de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

et de l'Hôpital Franco-Musulman de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la tuberculose pulmonaire chronique au début
chez les travailleurs nord-africains en France
(A propos de 21 cas)

Président : M. Jean TROISIER

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LÉVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	BROCQ
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	LANTUEJOL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNEQUE
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique

MM.

DE GENNES ...	Pathologie médicale.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHEVALLIER.		DE GAUDART	
LAROCHE (G.).		D'ALLAINES.	
MOREAU.		MOULONGUET.	
SÉZARY.		MCURE.	
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Cette thèse est dédiée à la mémoire
de mon Grand-Père*

A MON PERE

A qui je dois tout, faible témoignage d'affection filiale.

A MA MERE

Hommage de tendresse et d'amour.

A MES FRERES ET SŒUR

Qui ont toujours été si bons pour moi.

A MA FIANCÉE

Si bonne et si compréhensive.

A MES ONCLES

A TOUTE MA FAMILLE

A L'ALGERIE, MON PAYS NATAL.

AU MAROC, MON PAYS D'ADOPTION.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.
Hommage très respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUD

Directeur de la Santé et de l'Hygiène Publiques au Maroc

Hommage de reconnaissance.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR SAKKA

Médecin-chef du Service de la Tuberculose
à l'Hôpital Franco-Musulman
Médecin-chef des Dispensaires antituberculeux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre reconnaissance pour les conseils pater-
nels qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours
de notre Internat dans son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERVY

Ex-Assistant de chirurgie à l'Hôpital Trousseau
Chirurgien de l'Hôpital de Juvisy et d'Arpajon

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre
dévouement pour son enseignement au cours
de notre année d'Internat dans son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAISON

Médecin des Hôpitaux de Seine-et-Oise

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAY

Médecin des Hôpitaux de Seine-et-Oise

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

M. le Docteur DESPLAS, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur AUBERTIN, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé Guy LAROCHE, médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur BENDA, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur SÉZARY, médecin des Hôpitaux.

STAGES

M. le Professeur LABBÉ, médecin des Hôpitaux (*in memoriam*).

M. le Professeur CUNÉO, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur Küss, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé VIGNES, accoucheur des Hôpitaux.

M. le Professeur LEMIERRE, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur GUILLAIN, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur HARVIER, médecin des Hôpitaux.

A MON CAMARADE LE DOCTEUR SOMIA

Médecin-assistant des Hôpitaux de la Seine

*Qu'il trouve ici l'expression de ma sympathie
sincère.*

INTRODUCTION

« Les Africains », a dit Sénèque, « ne meurent que de vieillesse ou par aventure. » Mais, hélas ! nous n'en sommes plus à cette heureuse époque, tant pour les Musulmans vivant encore en Afrique du Nord que pour ceux qui sont en France en qualité de travailleurs.

Finot, médecin de colonisation, disait en 1844 : « Les Arabes meurent par le poumon bien plus fréquemment que les Européens, du moins à Blida. »

Armand, en 1854, disait aussi : « On sait qu'Arabes et Nègres ne sont pas exempts de phtisie. Elle serait même très fréquente aux dires du tebib Ben Chaoua. »

Si ces affirmations se trouvent justifiées pour les Musulmans d'Afrique du Nord, surtout depuis l'occupation, elles le sont encore plus pour ceux d'entre eux qui sont venus en France comme ouvriers.

En effet, la colonie musulmane nord-africaine de France paye un lourd tribut à la tuberculose pulmonaire qui est d'une gravité redoutable, emportant nos compatriotes en six mois, un an, dix-huit mois tout au plus.

En vingt mois, nous avons enregistré 625 entrées pour tuberculose pulmonaire dans le service de notre maître le D' Sakka, à l'Hôpital Franco-Musulman.

Sur 625 malades, nous avons trouvé :

123 cas de tuberculose pulmonaire bilatérale à la période de cachexie ;

225 cas de tuberculose pulmonaire bilatérale à une période avancée ;

208 cas de tuberculose pulmonaire bilatérale à prédominance droite ou gauche ;

69 cas, seulement, de tuberculose pulmonaire unilatérale, dont 21 étaient des tuberculoses au début.

Au total, sur 625 malades, 21 étaient des tuberculeux au début, soit environ 3,6 % de l'effectif, proportion aussi insignifiante qu'alarmante.

De l'étude de cette statistique, il ressort, d'une part, que la tuberculose du Musulman est redoutable parce qu'elle est rapidement bilatérale ; d'autre part, que les formes de début sont rarement vues par le médecin parce que les malades viennent consulter tardivement.

Cet essai modeste que nous entreprenons, basé sur les 21 observations recueillies à l'Hôpital Franco-Musulman, est destiné à montrer que lorsque le diagnostic de la tuberculose est fait au début, le Musulman Nord-Africain peut, comme l'Européen, tirer de grands bénéfices du traitement hygiéno-diététique et collapsio-thérapique institués précocément.

Nous allons donc :

1° Etudier, d'abord, les modes de début, tant cliniques que radiologiques, de la tuberculose pulmonaire chez le Nord-Africain de France ; nous signalerons en passant les points qui nous ont semblé plus fréquents chez le Musulman que chez l'Européen.

2° Etudier, ensuite, les bénéfices qu'ont pu tirer nos malades du pneumothorax artificiel institué précocément, tout en soulignant les complications qui le suivent assez rapidement.

3° Nous terminerons enfin par un exposé sur les causes qui font que les travailleurs Nord-Africains de France sont rarement vus par un médecin au début de leur affection tuberculeuse.

Nous indiquerons, au passage, les mesures destinées à lutter contre la tuberculose des Nord-Africains et à dépister précocément cette affection.

Les modes de début de la tuberculose pulmonaire chronique chez le Nord-Africain

Les médecins des dispensaires du Maroc, suivant le Rapport qui a été fait au Congrès National de la Tuberculose, tenu à Marseille en 1935, ne notent pas de différence entre les formes de tuberculose pulmonaire observées au Maroc chez les Musulmans et celles des Européens qui y sont établis.

A l'Hôpital Franco-Musulman, sur 625 entrées enregistrées en vingt mois, nous avons trouvé 21 malades au stade de début de leur tuberculose. Tous ces malades, adultes jeunes, âgés de plus de 20 ans, mais ne dépassant pas 35 ans, séjournaient en France depuis au moins cinq ans. Nous n'avons pas noté un seul cas de tuberculose aiguë (ni pneumonie caséeuse, ni granulie); pas plus que nous n'avons observé de cas de primo-infection. Au total, la tuberculose de nos 21 malades nous a semblé, à quelques variantes cliniques et radiologiques près, superposable à celle des Européens.

I. - LES SIGNES CLINIQUES DU DÉBUT

En 1829, Andral, dans ses leçons cliniques de la Charité, décrivait quatre modes de début. Actuellement, si ce polymorphisme, traduisant un fléchissement du terrain reste encore vrai pour l'Européen, il l'est aussi pour le Nord-Africain de France, à cette différence près que chez nos 21 malades, nous n'avons jamais noté de début larvé, sous le masque d'une autre maladie.

Aussi, nous pouvons schématiser ainsi les modes de début de la tuberculose pulmonaire des Nord-Africains :

- A) Début par accident révélateur ;
- B) Début brusque sous le masque d'une maladie aiguë ;
- C) Début lent et insidieux.

A) Début par accident révélateur :

Cinq fois sur vingt-et-une, le début s'est manifesté par des accidents qui ont amené les malades à consulter.

a) Quatre fois sur cinq, il s'agissait de petites hémoptysies se répétant et s'arrêtant spontanément. C'est leur répétition, à intervalles assez rapprochés, qui a poussé les malades à aller voir le médecin. Par un interrogatoire patient, nous avons pu relever, dans tous ces cas, des signes d'imprégnation bacillaire.

b) Une fois, l'accident révélateur a été une laryngite. Brusquement, nous dit le malade, il est devenu enroué, avec la « voix cassée ». Il a consulté en ville (il se trouvait alors en Allemagne, comme requis civil). Pendant un mois, sa laryngite fut traitée par des instillations d'huile goménolée dans le nez et des inhalations. Comme sa voix ne revenait pas, un examen radiologique des poumons fut pratiqué. Il fut alors réformé pour lobite du sommet droit.

Chez nos cinq malades, les signes fonctionnels se traduisaient par un peu de toux, une expectoration minime. L'état général était assez bon, avec un léger amaigrissement et une température ne dépassant pas 38°.

B) Début brusque sous le masque d'une maladie aiguë :

La tuberculose a débuté brusquement, en pleine santé apparente, chez quatre de nos malades seulement.

Deux d'entre eux sont entrés à l'Hôpital Franco-Musulman 15 à 20 jours après le début d'une grippe soignée par leur médecin en ville.

Les deux autres malades sont entrés dans le service de notre maître le docteur Sakka, pour une pneumopathie à allure de congestion pulmonaire, avec un point de côté violent et une température entre 38°5 et 39°. A l'auscultation, nous avons trouvé une diminution du murmure vésiculaire au tiers supérieur du poumon et de petits râles fins dans la région apicale.

Dans ce groupe de quatre malades, la toux était assez fréquente et s'accompagnait d'une expectoration muco-purulente de moyenne abondance. L'état général était assez bon, mais on a noté une diminution assez importante des forces des malades.

C) Début lent et insidieux :

L'opinion classique en France prétend que les débuts lents et insidieux sont très fréquents. Depuis, on semble être revenu de cette façon de voir. Cependant, pour les travailleurs nord-africains en France, notre statistique donne raison aux Classiques.

En effet, chez 12 de nos malades sur 21, soit 60 %, le début a été lent et insidieux. En général, nos malades nous racontent ainsi les débuts de leur affection : ils se sentent fatigués, manquent d'entrain. Leurs forces diminuent ; les sueurs profuses sont fréquentes la nuit. L'amaigrissement est léger, mais continu, bien que l'appétit soit presque toujours conservé. Ils toussent et crachent un peu. Les points de côté légers, de siège mamelonnaire ou interscapulo-vertébral, sont pour ainsi dire la règle. Ils se reposent alors quelques jours, se sentent mieux. Et, comme ils sont venus en France pour travailler afin d'envoyer un peu d'argent à leur vieux père, à leur pauvre mère ou à leurs enfants restés en Afrique du Nord, force leur est de se remettre en chantier. Mais les sueurs profuses et l'amaigrissement reprennent, la toux et les points de côté ne s'améliorent guère ; alors, ils se décident à prendre le chemin de l'hôpital.

Telle est à peu près l'histoire que nous ont racontée nos 12 malades. Elle peut, dans une large mesure, expliquer pourquoi beaucoup des malades que nous voyons à l'Hôpital Franco-Musulman sont à une période avancée de leur affection ; car leur tuberculose ne s'étant manifestée à eux que de façon sournoise, par des signes fonctionnels et généraux peu alarmants, ils ne vont au médecin que tardivement.

Ces débuts insidieux et lents chez les travailleurs nord-africains sont fréquents et sont signalés par nombre des autres malades musulmans. Dudan, examinant les modes de début de 100 malades pris dans le service de Rist, donne les chiffres suivants :

Débuts lents et insidieux	34 %
Débuts par hémoptysies	6 %
Débuts par épisodes aigus	60 %

Blanche, dans une autre statistique, parvient à des résultats identiques.

Par contre, Dufourt, Damez et Faure ne notent que 40 cas de débuts aigus contre 60 débuts insidieux.

Dans le service de M. le docteur Sakka, nous sommes arrivés aux mêmes résultats, tout en notant que notre statistique ne porte que sur 21 malades musulmans :

Débuts lents et insidieux (12 cas), soit environ 64 %.	
Débuts brusques par accident révélateur	} soit env.
(5 cas), soit environ 20 %,	
Débuts brusques par épisode aigu (4 cas),	
soit environ 16 %,	36 %

Ainsi, les signes cliniques de la tuberculose pulmonaire au début chez les Nord-Africains sont superposables à ceux qu'on observe chez les Européens, avec cette différence que l'insidiosité et la latence semblent plus marquées chez les premiers. En outre, nous avons cru remarquer que les phénomènes sympathiques (sueurs, asthénie, tachycardie) étaient plus fréquents et plus tenaces. La tension artérielle a, dans tous les cas, été plus basse que la normale, autour de 12 cm. de mercure, au Vaquez.

Nous avons, au cours de notre internat à l'hôpital de Bobigny, regretté que le nombre de débuts par des accidents révélateurs tels que hémoptysies et laryngites, et par des accidents aigus, ne fussent pas plus fréquents. Car, dans ces cas, frappés par la brusquerie du début, les ouvriers nord-africains vont consulter plus volontiers que lorsque le début est lent et progressif.

Nous allons maintenant, dans le paragraphe qui suit, aborder la description des images radiologiques que nous avons rencontrées.

II. - LES FOYERS DE DÉBUT

Nous avons classé les images radiologiques que nous avons rencontrées chez nos 21 malades en 3 groupes :

- a) les infiltrats précoces et les cavernes fraîches ;
- b) les lobites ;
- c) les nodules précoces.

a) Les infiltrats précoces et les cavernes fraîches (12 cas) :

Dès le deuxième jour de leur entrée dans le service de tuberculose de l'Hôpital Franco-Musulman, tous les malades sont systématiquement radiographiés. Malgré cela, il ne nous a jamais été donné d'observer l'infiltrat précoce ou « fruhinfiltrat » type Assmann. Est-ce que pour cela il n'existerait pas ? Nous n'en croyons rien, car dans deux cas il nous a semblé que nous « arrivions seulement légèrement en retard ».

OBSERVATION N° 1

A... Chérif, manoeuvre, 30 ans, en France depuis 1927.

Début brusque de sa maladie le 5 avril 1943, par une hémoptysie. Toux légère et expectoration minime, rosée les jours précédents.

Il entre dans le Service le 20 avril 1943.

L'examen montre un malade présentant un bon état général, peu amaigri, une température autour de 37°5.

A l'auscultation, on note une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

A la radioscopie, on trouve une infiltration sous-claviculaire droite, avec prédominance dans la région externe; début d'ulcération dans la région sous-claviculaire moyenne.

Le cliché radiographique confirme la radioscopie et montre un aspect nuageux autour de l'ulcération (cliché 1).

La bacilloscopie est positive à l'examen direct le 24 avril 1943.

Dans 10 cas sur 12, nous nous sommes trouvés en présence « de cavernes fraîches », chez des sujets malades depuis peu de temps. C'est ainsi que nous avons pu noter des ulcérations, souvent sous-claviculaires, une fois juxta-scissurale, une fois à la base et une fois enfin préhilaire (cliché 2). Aucun de nos malades ne présentait de syndrome cavitaires ; quelques fois, nous avons trouvé de petits râles sous-crépitaux ; dans 2 cas l'auscultation a été muette.

La bacilloscopie a été constamment positive, chez nos 12 malades, à l'examen direct.

Devant ces résultats positifs, nous n'avons pas pu assister à l'évolution de ces infiltrats creusés, puisque nos malades ont été traités par pneumothorax artificiel.

b) Les lobites :

A côté de l'infiltrat précoce et des cavernes fraîches, les lobites viennent occuper une place moins importante dans la tuberculose pulmonaire chronique du Nord-Africain. En effet, sur 21 malades, nous n'en avons observé que 3.

On a dit que les lobites qu'on observait chez les Musulmans nord-africains étaient en général mal caractérisées ; leurs contours peu tranchés, débordant la scissure ; la participation pleurale moins évidente que d'habitude.

Les trois lobites que nous avons relevées à l'Hôpital Franco-Musulman siégeaient au lobe supérieur. Elles étaient unilatérales.

L'une d'entre elles avait une allure classique à la radiographie, avec son opacité homogène, la participation pleurale évidente, et une limite inférieure nette (cliché 3).

Les deux autres avaient des limites moins bien tranchées ; les régions apicales semblaient moins touchées ; la participation pleurale était moins certaine (cliché 4).

Quoi qu'il en soit, dans les 3 cas, la bacilloscopie a été positive et le traitement par pneumothorax a donné un décollement complet dans 2 cas ; un décollement partiel, à la base, la lobite siégeant au sommet.

c) Les nodules précoces :

Dans 6 cas sur 21, donc dans une proportion assez forte, la tuberculose débutante s'est extériorisée à l'examen radiographique par des nodules précoces, disséminés dans tout ou partie d'un champ pulmonaire, avec bacilloscopie positive.

Ces nodules sont petits, séparés entre eux ; mais ils ont une tendance à la confluence. C'est ainsi que 4 sur 6 malades étaient, à leur entrée, en voie de creuser une ulcération sous-claviculaire.

Nous avons pu observer tout spécialement cette tendance à l'ulcération précoce chez un de nos malades. A son entrée dans le service, il présentait une tuberculose micro-nodulaire de tout le champ pulmonaire gauche (cliché 5).

Aucun début d'ulcération n'avait été remarqué sur le premier cliché radiographique. Mais après insti-

tution d'un pneumothorax, nous avons pu constater la production de trois spélonques sur un cliché radiographique tiré deux mois après le premier cliché (cliché 6).

Voici d'ailleurs son observation :

OBSERVATION N° 2

T... Belkheir, âgé de 27 ans, arrivé en France en 1938 pour accomplir son service militaire obligatoire. Il a fait la guerre de 1939 ; a été fait prisonnier, puis libéré en octobre 1941. Depuis, il a travaillé comme manœuvre.

Antécédents : bronchites à répétitions, otite chronique suspecte pendant sa captivité en 1940-41.

Histoire de sa maladie : T... Belkheir s'est senti fatigué pendant tout l'hiver 1943, avec diminution des forces. Il a eu des points de côté sous-mamelonnaires, un peu de toux et une expectoration minime. L'amaigrissement et l'anorexie sont peu marqués. Le malade arrête son travail le 1^{er} mars 1943 ; il entre dans le Service le 22 mars.

En dehors des signes d'imprégnation tuberculeuse, le malade a une température oscillante entre 37° et 38°5.

L'auscultation nous révèle une respiration normale à droite ; des râles sous-crépitaux en avant et en arrière du sommet gauche et dans l'aisselle.

L'examen radioscopique montre une diminution générale de clarté de tout le champ pulmonaire gauche.

Le cliché radiographique (cliché 5) pratiqué le 25 mars 1943, montre la présence de petits nodules disséminés dans le champ pulmonaire gauche ; aucun processus ulcératif.

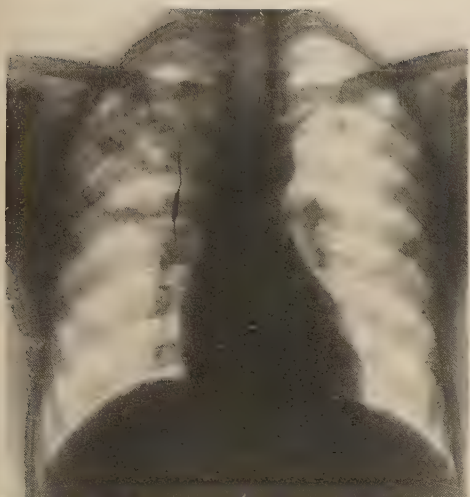
L'examen des crachats est positif à l'examen direct.

On crée un pneumothorax le 29 mars 1943.

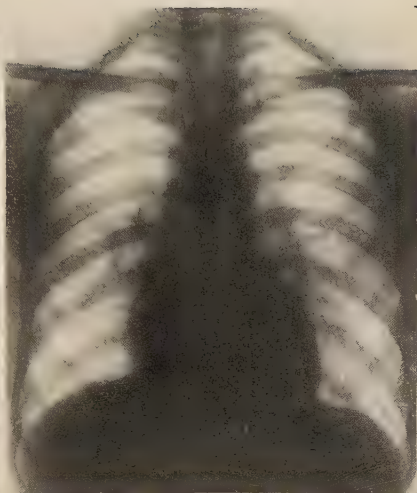
Un nouveau cliché radiographique est fait deux mois après (cliché 6). Nous notons la présence de trois ulcérations, malgré le pneumothorax.

Au total, nous avons vu par ces 21 observations l'allure clinique et radiologique que revêt la tuberculose pulmonaire au début. Chez la plupart de ces malades, la bacillose a commencé de façon insidieuse, lente, sournoise. Elle a eu tendance à s'ulcérer rapidement, malgré le pneumothorax.

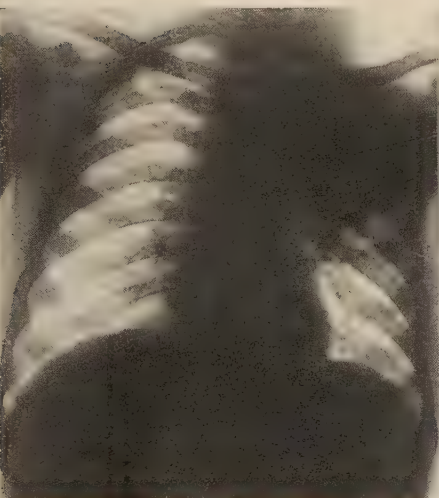
Dans le paragraphe suivant, nous allons exposer l'évolution immédiate qui a suivi l'institution du traitement collapsio-thérapique, en soulignant les complications qui nous ont semblé les plus fréquentes et les plus précoces.



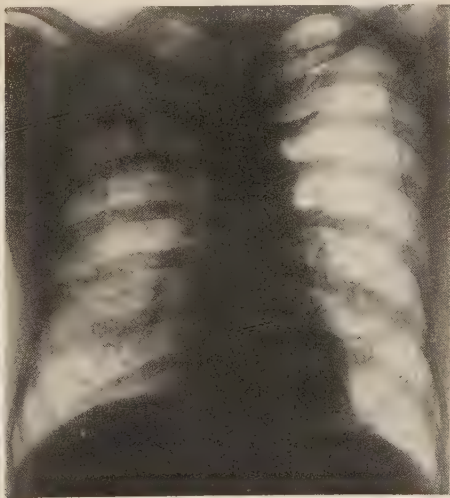
CLICHÉ 1. — Infiltrat en voie d'ulcération.



CLICHÉ 2. — Caverne fraîche chez un adulte de 21 ans.



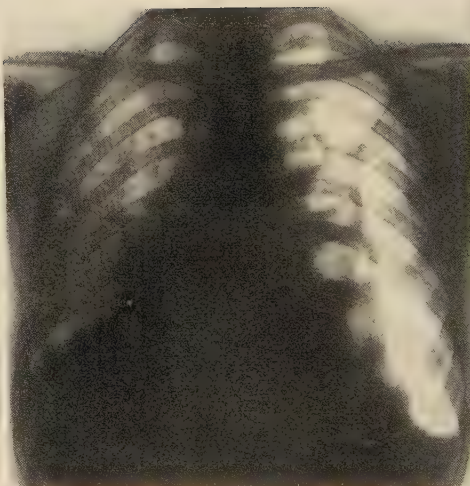
CLICHÉ 3. — Lobite du lobe supérieur gauche.



CLICHÉ 4. — Lobite du lobe supérieur droit.



CLICHÉ 5. — Tuberculose micro-nodulaire du poumon gauche.



CLICHÉ 6. — Même malade, 2 mois après création du pneumothorax.

L'évolution immédiate de la tuberculose au début du Nord-Africain

Il est courant d'entendre dire que la tuberculose du Nord-Africain musulman est une forme plus générale que locale, plus intoxicante que destructive ; et, partant, que le pneumothorax n'a sur elle que peu ou pas d'action.

Cette opinion est en désaccord avec les observations que nous avons pu relever dans le service de notre maître le Dr Sakka, à l'Hôpital Franco-Musulman.

Nos 21 malades sur lesquels porte notre étude ont tous été traités par pneumothorax. Trois mois après (le recul n'est évidemment pas suffisant pour tirer des conclusions convaincantes) ils ont retiré de cette méthode collapsothérapie des bénéfices certains.

A) Les bienfaits du pneumothorax chez le Nord-Africain :

Tous nos malades, sauf la petite réaction thermique classique qui suit la création et parfois les réinsufflations du pneumothorax, ont vu leur fièvre baisser et se stabiliser autour de 37°, dès la fin de la première décade.

La toux et les points de côté diminuent de fréquence et d'intensité. Les sueurs nocturnes, qui sont si fréquentes chez le tuberculeux nord-africain, deviennent de moins en moins profuses et les nuits sont plus reposantes.

Dans l'ensemble, ils sentent revenir petit à petit leurs forces. L'anorexie s'estompe et l'appétit renaît. Cependant, dans aucun cas, le poids n'a augmenté parallèlement à l'amélioration des signes fonctionnels et généraux. Au contraire, après création du pneumothorax, nous avons noté un amaigrissement léger mais continu chez 20 de nos malades, durant un mois environ. Après cette période, le poids est remonté de façon lente mais progressive, pour atteindre son point de départ en trois semaines ou quinze jours selon les sujets. Dans un cas, le malade a gardé une courbe pondérale rigoureusement identique à celle qui avait précédé le pneumothorax.

Deux fois, nous avons assisté à une reprise de poids rapide de 4 kilos en un mois et demi.

Deux fois, par contre, l'amaigrissement a continué à progresser malgré le pneumothorax. Mais il s'agissait dans un cas d'une caverne de la base, et dans l'autre d'une lobite du sommet droit avec symphyse partielle, le pneumothorax siégeant à la base. Ici donc, il ne s'agissait pas, selon toute vraisemblance, d'un syndrome de dénutrition passager, mais d'un amaigrissement en rapport avec l'activité persistante des lésions.

Au total, l'amélioration de l'état général et fonctionnel a été certaine chez nos 21 malades, bien que tous n'aient pas eu le bénéfice d'un pneumothorax total et efficace. Chez 10 d'entre eux, celui-ci a été total d'emblée; il y a eu un pneumothorax contro-électif et 10 autres partiels. Parmi ces 10 derniers, quatre fois nous avons noté la présence de brides, facilement accessibles à la pleuroscopie; trois fois, la présence de symphyses partielles, plus ou moins étendues. Malgré cela, en moins de deux mois, la bacilloscopie a donné les résultats suivants :

- dans 12 cas, elle a été négative à l'examen direct des crachats comme après homogénéisation et tubage gastrique;
- dans 9 cas, elle a été positive,
 - 5 fois à l'examen direct,
 - 3 fois après homogénéisation,
 - 1 fois après tubage gastrique.

Remarquons en passant que 4 des 9 malades pouvaient vraisemblablement être négativés par la section de brides amarrant le moignon pulmonaire à la plèvre, section de brides qui n'avait pas encore été pratiquée.

Ainsi, nous croyons pouvoir affirmer que le pneumothorax thérapeutique, appliqué dès le début de la tuberculose pulmonaire du Nord-Africain, est bien-faisant; puisque l'état général, dès les deux premiers mois, a tendance à s'améliorer; que les signes fonctionnels vont en s'estompant, et qu'enfin les

bacilles de Koch ne se retrouvent plus dans les crachats de près de la moitié de nos malades, en un temps assez court.

Mais si, dans l'ensemble, nous avons assisté à une amélioration assez rapide, nous avons aussi noté une fréquence très grande et une précocité étonnante de certains accidents plus ou moins graves.

B) Les accidents immédiats du pneumothorax chez le Nord-Africain :

1° LES PLEURÉSIES

Nous avons constaté l'apparition de pleurésies précoces chez presque tous nos malades.

Classiquement, on admet, en France, que la moitié des pneumothorax thérapeutiques s'accompagne d'épanchements pleurétiques. Dans la statistique que nous avons établie à l'Hôpital Franco-Musulman et portant sur 21 tuberculeux au début, la proportion a été beaucoup plus élevée, d'environ 86 %.

En effet, deux mois et demi après la création du pneumothorax, 3 malades seulement ne présentaient pas de liquide dans leur plèvre. 18 d'entre eux avaient des épanchements pleuraux plus ou moins abondants. Nous les avons classés en deux groupes :

- les épanchements légers ou idiopathiques;
- les pleurésies séro-fibrineuses.

a) *Les épanchements légers :*

Chez 6 de nos malades sur 18, l'épanchement a été une découverte radioscopique lors de la 2^e ou 3^e réin-sufflation. Il est peu abondant, ne s'accompagnant ni de gêne, ni de point de côté, ni de réaction thermique. L'évolution ultérieure nous a montré qu'il avait une tendance fâcheuse à augmenter chez nos malades.

b) *Les pleurésies séro-fibrineuses :*

Dans 12 cas sur 18, nous avons eu affaire à des pleurésies séro-fibrineuses, abondantes, précoces, apparaissant en moins de quarante jours après la création du pneumothorax.

L'invasion de la plèvre par le liquide a toujours été escortée de signes fonctionnels et généraux bruyants : point de côté violent, transfixiant, dyspnée importante, à type de polypnée, troubles digestifs et surtout fièvre d'emblée à 39°, 39°5. Le liquide, dès les premiers jours, atteint la 3^e ou 4^e côte. Ce tableau dure en moyenne trois semaines pour que tout rentre dans l'ordre. Dans un cas, l'épanchement a été bienfaisant puisqu'il a permis un décollement total, alors que jusque-là il ne siégeait qu'à la base.

c) *Les pyopneumothorax :*

Sur nos 12 malades qui ont présenté des pleurésies séro-fibrineuses, 3 d'entre eux ont rapidement transformé leur épanchement qui était séro-fibrineux en

épanchement purulent, ne contenant pas de bacille de Koch à l'examen direct.

Nous avons, en effet, constaté sa purulence en faisant des ponctions exploratrices de contrôle, quelques jours après la fin de la période aiguë. Alors que le liquide ramené dans la seringue au cours des phénomènes aigus était absolument séro-fibrineux, à la dernière ponction il était nettement purulent, verdâtre, grumeleux. En moins d'un mois après la phase aiguë, la pleurésie s'était transformée chez nos 3 malades en abcès froid pleural, sans s'accompagner d'aucune réaction thermique ni d'aucun signe fonctionnel.

2° LES PERFORATIONS PLEURO-PULMONAIRES

Nous en avons rencontré un cas. Il s'agissait d'un malade porteur d'un hydro-pneumothorax d'abondance moyenne, avec une bride amarrant le moignon pulmonaire à la plèvre. Un matin, brusquement, le malade a ressenti un violent point de côté : il est cyanosé, dyspnéique ; sa température est à 40° ; l'expectoration est devenue plus abondante que les jours précédents. Les signes manométriques nous ont montré que les pressions pleurales oscillaient autour de + 15 et + 22. Nous avons pratiqué une ponction exploratrice qui a ramené un liquide purulent fourmillant de bacilles de Koch.

Ce tableau bruyant, signant la perforation pleuro-pulmonaire due vraisemblablement aux tiraillements

qu'avait causés la bride, a duré environ trois semaines avec une température à 39°, 40°. Puis, tout est rentré dans l'ordre; la perforation pleuro-pulmonaire était cicatrisée et les oscillations manométriques étaient voisines de zéro. L'épanchement pleural était en voie de transformation en abcès froid pleural.

En résumé, les accidents qui suivent la création du pneumothorax chez nos malades nord-africains sont fréquents, puisque 86 % d'entre eux ont fait des pleurésies précoces, survenues en moins de trois mois. Mais seuls, 5 malades ont fait des accidents graves, consistant en pleurésies purulentes à grand fracas, qui ont rapidement évolué vers des abcès froids pleuraux.

Nous avons, dans les deux paragraphes précédents, exposé les résultats des observations recueillies à l'Hôpital Franco-Musulman de Paris et portant sur 21 cas de tuberculose pulmonaire au début chez des Nord-Africains; nous avons exposé rapidement les bienfaits qu'ont retiré nos malades du pneumothorax artificiel; nous avons aussi attiré l'attention sur les complications fréquentes et précoces qui surviennent peu de temps après l'institution de la collapsothérapie chez les Musulmans de France.

Il nous reste maintenant à essayer de dégager les causes pour lesquelles nous n'avons rencontré que peu de cas de tuberculose pulmonaire au début, à l'Hôpital Franco-Musulman.

Essai pathogénique

Malgré les soins attentifs et dévoués dont le personnel médical les entoure à l'Hôpital Franco-Musulman, il serait difficile de nier que les ouvriers nord-africains payent un lourd tribut à la tuberculose pulmonaire.

En vingt mois, 625 tuberculeux sont entrés dans le service de notre maître, le docteur Sakka. Nous avons relevé 69 cas de tuberculose unilatérale, dont 21 étaient au stade de début, soit moins de 4 %. Cette proportion nous a paru bien faible et nous nous sommes demandé pourquoi les cas de tuberculose pulmonaire au début étaient si rares.

A) Pourrait-on incriminer une exaltation de virulence du bacille de Koch ?

Certains auteurs africains avaient cru que la tuberculose du Musulman nord-africain était extensive et grave parce que le bacille acquérait dans son organisme une virulence accrue.

Mais Burnet, de l'Institut Pasteur de Tunis, puis Bergeron et Sakka, ont montré que la virulence du

bacille de Koch restait sensiblement égale, que celui-ci appartienne à un organisme de Nord-Africain ou d'Européen.

B) Pourrait-on incriminer la primo-infection ?

Lorsqu'on parle de tuberculose chez le Musulman nord-africain, certaines gens pensent à une tuberculose survenant chez des sujets d'une race vierge, qui, à la suite d'une contamination massive, contracteraient une affection grave, d'emblée bilatérale et à évolution brûlant les étapes. Or, nous savons actuellement, grâce à des investigations récentes faites par l'Institut Pasteur d'Alger et de Rabat, qu'un grand nombre de cuti-réactions sont positives chez les indigènes d'Afrique du Nord. En outre, chez nos malades musulmans hospitalisés à Bobigny et séjournant en France depuis plusieurs années, nous n'avons jamais rencontré un seul cas de tuberculose de primo-infection ; car contrairement à ce que l'on voit chez les Nègres de l'Afrique Centrale, nous n'avons constaté chez nos malades ni granulie, ni pneumonie caséreuse, ni polysérite.

En fait, les Nord-Africains adultes qui vivent en France font une tuberculose de surinfection. Ni une exaltation de virulence du B. K., toute hypothétique d'ailleurs, ni la tuberculose de primo-infection, jamais rencontrée chez nos malades, ne peuvent nous expliquer pourquoi les tuberculoses que nous rencontrons à l'Hôpital Franco-Musulman sont rarement vues à leur début.

C) Nous sommes persuadé, pour notre part, que l'explication peut être donnée par les seuls facteurs sociaux et moraux :

En effet, les ouvriers musulmans émigrent temporairement, attirés en France par des salaires élevés, une vie en apparence plus facile et plus agréable. Ils entrent en usine où ils gagnent de bonnes journées en échange d'un travail dur auquel ils ne sont pas habitués. Donc ils endurent des fatigues importantes, dans un pays où le climat est rigoureux. Ils mangent à peine à leur faim, car il ne faut pas perdre de vue qu'ils se sont expatriés pour essayer de soulager les misères qui accablent leur famille demeurée dans les montagnes arides de la Kabylie ou les riches plaines surpeuplées du Sous marocain. Le plus clair des revenus de ces émigrants est envoyé régulièrement à leur vieux père ou à leur vieille mère d'Afrique du Nord. Ajoutons, à ces privations qu'ils s'imposent volontairement, la vie dans des chambres malsaines, une hygiène déplorable, l'abus des boissons alcoolisées et des plaisirs faciles et peu coûteux, nous trouvons un faisceau de conditions suffisantes pour voir éclater une tuberculose grave chez nos compatriotes surmenés et se livrant à de rudes travaux en qualité de manœuvres, de mineurs, de dockers, etc.

Après 2 à 5 ans de cette vie dure, ils sentent leurs forces décroître. Ils toussent et crachent. Ils se mettent à maigrir. La maladie s'installe, mais ils ne s'en doutent pas. Ils n'ont autour d'eux ni l'atmosphère si reconfortante d'un foyer, ni parent ni ami averti

pour leur faire prendre le chemin de l'hôpital. Ils pensent à une défaillance passagère qui s'en ira comme elle est venue. Ils se reposent quelques jours, puis ils reprennent leur travail en songeant qu'un être cher attend le mandat au début du mois. L'amaigrissement s'accroît, l'asthénie augmente. La toux et les points de côté deviennent plus tenaces. La fièvre s'installe. Force leur est de reprendre encore un peu de repos. Et ce cycle recommence, jusqu'au jour où la phtisie insidieuse et sournoise se révèle à eux de façon bruyante ou les confine au lit, terrassés par la maladie. Alors, en désespoir de cause, ils se font hospitaliser.

C'est ainsi que nous sont parvenus à l'Hôpital Franco-Musulman beaucoup de malades. Ils arrivaient à une période de leur affection où toute thérapeutique vraiment efficace ne pouvait être instituée. Les cas heureux où les malades sont allés au médecin au début de leur affection, souvent ce fut grâce à un accident brutal comme une hémoptysie, ou à un épisode aigu, du type grippal. Dans quelques cas, ils sont venus consulter sur le conseil de camarades avertis.

Au total, la tuberculose pulmonaire au début est rare dans les services de phtisiologie de l'Hôpital Franco-Musulman pour deux raisons : d'une part, faute d'instruction générale, et partant d'éducation médicale, les ouvriers nord-africains ne consultent pas le médecin aussi souvent qu'il le faudrait. D'au-

tre part, s'étant expatriés pour assurer une vie meilleure à leurs parents ou à leurs enfants restés en Afrique du Nord, ils n'abandonnent leur travail que lorsqu'ils sont terrassés par la maladie, ou que des complications brutales sont apparues.

Ainsi s'explique la forte mortalité qui sévit parmi nos malheureux tuberculeux qui entrent à l'Hôpital Franco-Musulman de Bobigny, et la faible proportion de tuberculoses au début.

Quelles résolutions faut-il envisager pour dépister plus précocément la tuberculose du Nord-Africain

La tuberculose, nous l'avons montré, est un fléau redoutable pour les travailleurs nord-africains de France et pour leur entourage. Aussi, les Pouvoirs Publics s'en sont émus depuis 1926 et quelques œuvres dignes d'être signalées ont été créées en leur faveur.

Il existe, d'une part, quelques foyers, rares il est vrai, destinés à recevoir les Musulmans de Paris, momentanément gênés ou en quête de travail. D'autre part, deux organismes d'assistance médicale fonctionnent actuellement : ce sont le Dispensaire Nord-Africain de la rue Lecomte et l'Hôpital Franco-Musulman avec son service de Phtisiologie, à la tête desquels se trouve notre maître le docteur Sakka.

Ces établissements sont incontestablement d'une grande utilité, mais le nombre de ces organismes « spécialement » réservés aux Nord-Africains est insuffisant. En outre, un certain nombre de malades considère comme une atteinte à sa liberté l'obliga-

tion qui lui est faite de ne pouvoir être hospitalisé ni traité dans les établissements hospitaliers de Paris.

Quoi qu'il en soit, nous devons avouer que nos compatriotes ne vont pas consulter aussi précocément et aussi fréquemment qu'ils devraient le faire.

Que faut-il envisager pour remédier à cet état de choses ?

Nous pensons que les remèdes sont doubles :

1° Un dépistage rigoureux de la tuberculose et une surveillance plus efficace de la santé des travailleurs nord-africains en France.

2° Une amélioration du « standard » de vie des masses nord-africaines.

1° DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE ET SURVEILLANCE SANITAIRE DES TRAVAILLEURS NORD-AFRICAINS

La plupart des ouvriers nord-africains émigrés en France sont employés dans des usines ou dans des entreprises industrielles importantes de la Région Parisienne, dans les mines du Nord ou du Centre de la France,

Comme le préconisait le docteur Sakka dans une communication qu'il a faite à la Société de Tuberculose en 1941, il faudrait faire subir périodiquement des examens radiologiques aux ouvriers musulmans de France. Chaque usine ou entreprise, de quelque ordre qu'elle soit, doit imposer à chaque ouvrier nord-africain un examen radioscopique des poumons tous les trois mois, avec examen bacilloscopique. Car

la tuberculose pulmonaire du Nord-Africain — nous avons assez insisté sur ce point au cours de cette modeste étude — débute de façon sournoise, à bas bruit. En outre, par ignorance et aussi un peu par négligence, le Nord-Africain ne se décide à consulter qu'à une période avancée de son affection. Dans ces conditions, cette contrainte bénigne pour subir un examen radioscopique périodique doit être exercée sur tous les ouvriers musulmans afin d'essayer d'en sauver quelques-uns.

Enfin, le diagnostic de tuberculose au début établi et un traitement collapsothérapie institué à l'Hôpital Franco-Musulman, il faut accélérer le départ de ces malades en sanatorium, où ils n'entrent actuellement qu'après une attente de plusieurs mois. Car, peut-être encore plus pour eux que pour les Européens, la cure de repos obligatoire et la surveillance médicale dans un établissement sanatorial où la discipline est sévère, mais bienfaisante, leur rendraient la santé.

2° AMÉLIORATION DU « STANDARD » DE VIE DES MASSES NORD-AFRICAINES

Les mesures que nous avons proposées ci-dessus s'appliquent surtout aux émigrés nord-africains. Mais ceux-ci se recrutent parmi les masses musulmanes de l'Ifriquia. Il faut, pour espérer une diminution de la tuberculose pulmonaire et surtout une augmentation des cas de tuberculoses vues au début en France, donner, d'une part, une éducation hygiénique et une ins-

truction générale dignes de la France, et améliorer, d'autre part, le sort matériel des populations musulmanes de l'Afrique du Nord.

Le procès du manque d'hygiène dans la dissémination de la tuberculose pulmonaire n'est plus à faire. L'éducation hygiénique des masses nord-africaines, aussi bien que leur instruction générale, laissent beaucoup à désirer. L'instruction doit être rendue obligatoire pour les garçons comme pour les filles de moins de 15 ans. Et à cet effet, des écoles doivent être créées de toutes pièces pour recevoir la population scolaire d'Afrique du Nord. Ainsi, en luttant contre l'obscurantisme, on luttera, bien qu'indirectement, contre la tuberculose.

En outre, toute la question sociale des masses nord-africaines est à reconsidérer. Nous avons vu que beaucoup d'émigrants musulmans venus travailler en France sont poussés à quitter leur pays par des considérations matérielles. A travail égal, leurs salaires passent du simple au triple ou au quadruple en Europe. Aussi, désireux d'assurer une vie meilleure à leur famille restée en Afrique, et bien que se sentant malades en France, ils continuent à assurer leur travail et ne vont consulter que lorsqu'ils sont terrassés par la maladie. Afin de remédier à cette triste situation des travailleurs, il faut améliorer le sort des masses nord-africaines. Dans ces conditions, les ouvriers musulmans de France pourront songer plus librement et plus fréquemment à leur « conservation personnelle ».

Au total, pour que les médecins puissent constater plus fréquemment des tuberculoses pulmonaires au début chez les Nord-Africains de France, il faut rendre périodiquement obligatoires pour eux les examens radioscopiques des poumons, améliorer le « standard » de vie des masses musulmanes d'Afrique du Nord, et aussi, et surtout, lutter contre l'obscurantisme qui leur a fait tant de mal.

CONCLUSIONS

I. - Nous avons essayé d'étudier la tuberculose au début chez 21 malades nord-africains admis et traités à l'Hôpital de Bobigny. Nous avons décrit les modes de début tant cliniques que radiologiques que nous avons rencontrés, en nous attachant à souligner surtout le caractère insidieux et sournois que revêt cette affection et sa tendance fâcheuse à l'ulcération précoce.

II. - Nous avons tenté de « réhabiliter » le pneumothorax artificiel, en montrant les bienfaits que nos compatriotes en tirent lorsqu'ils se soumettent à une surveillance médicale constante, tout en attirant l'attention sur la précocité et la fréquence des pleurésies du pneumothorax chez les Musulmans de France.

III. - Nous avons essayé enfin de démêler les causes de la rareté des cas de tuberculose pulmonaire au début chez les malades que nous avons reçus à l'Hôpital Franco-Musulman. Nous sommes arrivés à la conclusion suivante : *cette rareté est directement liée au retard que mettent nos compatriotes à aller consulter*. Ce retard est dû au manque d'instruction générale des malades, à leur manque d'éducation médicale et au désir qu'ils ont de continuer à assurer leur travail pour gagner leur vie et celle de leurs parents

et enfants, malgré des signes manifestes d'imprégnation bacillaire.

Il ressort de la lecture de la statistique que nous avons rapportée au début de cette étude, une impression poignante en présence de la gravité de la tuberculose des Nord-Africains. On reste atterré devant le nombre de tubercuoses pulmonaires bilatérales que nous rencontrons parmi les entrants du service de Phtisiologie de l'Hôpital Franco-Musulman : 96 % d'entre eux présentent en effet des lésions bilatérales.

Comme le disait le professeur Bezançon au *Congrès National de la Tuberculose*, tenu à Marseille en 1935, cette gravité est en rapport avec la misère profonde des populations musulmanes. C'est la démonstration, une fois de plus, de l'importance du facteur social et du facteur moral et des devoirs qui incombent à la Métropole pour essayer de limiter l'extension de ce redoutable fléau. Car guérir c'est bien, mais prévenir est mieux.

Vu : *Le Doyen,*

A. BAUDOIN.

Vu : *Le Président de Thèse,*

Jean TROISIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,

GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

La Tuberculose chez les Noirs. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1920.)

La Tuberculose des Nègres. (*Revue de Phtisiologie*, 1920.)

EL HADI. — L'Infection tuberculeuse chez les Musulmans. (*Thèse d'Alger*, 1929.)

DUPLLENNE. — La tuberculose chez les Musulmans. (*Thèse de Paris*, 1927.)

BEZANÇON (F.). — Sur la tuberculose des Musulmans de l'Afrique du Nord. (8^e Congrès National de Tuberculose et Presse Médicale, n° 37, 1935.)

THAMER. — La lutte antituberculeuse en Tunisie. (*Thèse de Paris*, 1938.)

LAFONT. — La Tuberculose en Afrique. (*Concours médical*, 26 juin 1932.)

PETIT (Georges). — La Tuberculose dans le Nord africain. (*Courrier Médical*, 26 juin 1932.)

GOMAR (Norbert). — L'émigration algérienne en France. (1931.)

SAUVAN (A.). — Considérations cliniques et sociales sur la Tuberculose des Indigènes de l'Afrique du Nord. (8^e Congrès de Tuberculose de l'Afrique du Nord, Presse Médicale, n° 37, 8 mai 1935.)

ALBOU. — Etudes sur la tuberculose des travailleurs indigènes algériens dans les grandes villes (France et Algérie). (*Thèse d'Alger*, 1930.)

BEN SALEM. — La Tuberculose chez les ouvriers musulmans nord-africains en France - Etude médico-sociale. (*Thèse de Paris*, 1942.)

GIRAUD. — La tuberculose à foyers micro-nodulaires disséminés et la conception moderne de la granulie. (*Monde médical*, 1^{er} février 1932.)

DUFOUR et BRUN. — Infiltrat précoce et cavernes fraîches (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1936.)

VAUCHER, STRAUSS et SCHNEEGANS. — La primo-infection chez l'adulte. (*Journal de Médecine de Paris*, 7 février 1935.)

AUBRY et THIOLET. — La Tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie. (8^e Congrès de la Tuberculose, Marseille, 1935.)

BERGERON et MÉZIÈRE (M^{re}). — Relations entre les virulences des bacilles de Koch et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, mai 1937.)